

CONSENSO INFORMATO PRESTAZIONE DI TIPO PSICOLOGICO

I sottoscritti, sig. _____ nato a _____ il ___/___/___
(padre del minore) e sig.ra _____ nata a _____ il
___/___/___ (madre del minore), _____ esercenti la responsabilità
genitoriale, sono stati informati dal/dalla dr./dr.ssa _____, Psicologo/a
iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione _____ PUGLIA _____ in data ___14/11/2004___
al n. 1871, sui seguenti punti:

- la prestazione che verrà resa dal/dalla dr./dr.ssa _____ è una prestazione di consulenza psicologica finalizzate ad analizzare, insieme al minore ed ai genitori, la richiesta d'aiuto per poi concordare un percorso mirato a promuovere un processo strategico di risoluzione delle problematiche emerse;
- le prestazioni saranno rese presso l'ISTITUTO "G. SALVEMINI" nell'ambito del progetto promosso in collaborazione col Comune di Molfetta "Psicologi nelle scuole – Promozione della Salute e del Benessere dell'infanzia, dell'adolescenza e dei Giovani";
- ai sensi dell'art. 1 della legge n. 56/89 istitutiva dell'Ordine degli Psicologi, al fine di rendere le suddette prestazioni, potranno essere utilizzati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione e le attività di sostegno in ambito psicologico;
- lo Psicologo è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, a nostra disposizione per la consultazione. Esso prevede anche l'obbligo del segreto professionale derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso dei sottoscritti o per ordine dell'Autorità giudiziaria;
- in qualunque momento lo Psicologo potrà decidere di interrompere l'intervento psicologico per necessità e/o impedimento personale, ovvero per esigenze relative all'efficacia della consulenza stessa, ovvero perché non ritenga più utile la consulenza psicologica per il minore. Potrà anche consigliare i sottoscritti, in qualità di genitori del minore, di avvalerci delle prestazioni di un altro professionista;
- il trattamento dei dati da noi forniti sono trattati ai sensi del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ivi compresi i dati sensibili. Il titolare del trattamento è il dr. _____ (se diverso dallo psicologo);
- ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ho il diritto di oppormi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento e posso, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che mi riguardano, e conoscerne l'origine, riceverne comunicazione intelligibile, avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento, richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti, nonché, più in generale, esercitare tutti i diritti che gli sono riconosciuti dalle vigenti disposizioni di legge.

In fede

Luogo, ___/___/___

Firma (padre del/della minore)

Firma (madre del/della minore)

*In caso di firma di un solo genitore:

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Firma del genitore firmatario